

Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado¹**Socialization of knowledge and experiences about the birth process and the technologies of care****Socialización de conocimientos y de las experiencias en el proceso de nacimiento y tecnologías del cuidado**

Daiane Zocche Darós^I, Pâmela Tasca Hess^{II}, Patrícia Sulsbach^{III}, Maria de Fátima Mota Zampieri^{IV}, Heloisa Silveira Daniel^V

^I Artigo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem no Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

^I Aluna do curso de graduação em Enfermagem, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: daianezd@hotmail.com.

^{II} Aluna do curso de graduação em Enfermagem, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: pabelinha@yahoo.com.br.

^{III} Aluna do curso de graduação em Enfermagem, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: patricia.sulsbach@hotmail.com.

^{IV} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: mfátima@nfr.ufsc.br.

^V Enfermeira. Enfermeira PSF, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: hsdanieln@yahoo.com.br.

RESUMO

A cidade de Florianópolis, a exemplo do país, vive um período crítico na obstetrícia, onde taxas de cesárea são altas, assim como traumas relacionados ao parto. Partindo desta percepção, enfermeiras e acadêmicas desenvolveram pesquisa qualitativa convergente assistencial com mulheres que participaram, enquanto gestantes/parturientes, de prática educativa durante o processo de nascimento. O estudo realizou-se na comunidade dos Ingleses em 2007, buscou conhecer a importância do processo educativo e as contribuições ao socializar conhecimentos sobre o processo de nascimento e ao praticar tecnologias de cuidado na gestação. Tais tecnologias são ações terapêuticas e não farmacológicas, podem minimizar a dor e ajudar gestantes a conhecerem seus corpos e potenciais. Os dados foram coletados por meio de observação participante e as mulheres foram questionadas sobre percepção e significado da gravidez, orientação pré-natal, dúvidas. Após análise originaram-se categorias - compreender o significado da gravidez e do processo de nascimento; incorporar as tecnologias do cuidado e viver o parto com tranquilidade; sentir-se valorizada por profissional da unidade básica de saúde; favorecer participação ativa no processo de nascimento. A prática educativa colaborou na vivência do processo e na satisfação da mulher. O conhecimento produzido pode subsidiar mudanças no cotidiano do cuidado à gestante na atenção básica.

Descritores: Educação em saúde; Terapêutica; Assistência pré-natal; Cuidado de enfermagem; Parto obstétrico.

ABSTRACT

The city of Florianópolis, like the rest of the country, is experiencing a critical period in obstetrics, where caesarean rates are high, as well trauma related to childbirth. From this perception, nurses and nursing students have developed convergent care qualitative research with women who participated during the pregnancy and childbirth, of an educational practice during the birth process. The study took place in the English neighborhood 2007, and it aimed to know the importance of health education and contributions to socialize knowledge about the birth process and the technology of care practice in pregnancy. Such technologies are therapeutic and not pharmacological, can minimize the pain and help women to know their bodies and potentials. Data were collected through participant observation and the women were asked about perception and the meaning of pregnancy, prenatal guidance, and doubts. After analysis originated categories - understanding the meaning of pregnancy and birth process, incorporating the technologies of care during the labor, feeling valued by professional ULS, encourage active participation in the birth process. The instructional experience collaborated on the process and satisfaction of women. The knowledge produced can support changes in daily care to pregnant women in primary care.

Descriptors: Health education; Technologies; Prenatal care; Nursing care; Childbirth.

RESUMEN

La ciudad de Florianópolis, al igual que el país, atraviesa un período crítico en obstetricia, donde las tasas de cesárea son altas, así como los traumas relacionados con el parto. Desde esta percepción, enfermeras y estudiantes de enfermería han desarrollado una investigación cualitativa de atención convergente con las mujeres que participaron, mientras embarazadas y parturientas, de una práctica educativa durante el proceso de nacimiento. El estudio se llevó a cabo en la comunidad de Ingleses, en 2007, y trató de conocer la importancia de la educación y las contribuciones de socializar el conocimiento sobre el proceso del nacimiento y de platicar las tecnologías de lo cuidado en el embarazo. Estas tecnologías son terapéuticas y no farmacológicas, pueden minimizar el dolor y ayudar a las mujeres a conocer su cuerpo y su potencial. Los datos fueron recolectados a través de la observación participante a las mujeres y se les preguntó acerca de la percepción y el significado del embarazo, de orientación prenatal de las dudas. Tras el análisis se originó las categorías - entender el significado del embarazo y el proceso del nacimiento, la incorporación de las tecnologías de lo cuidado y vivir el parto tranquilamente, se sienta valorada por profesionales de la Unidad Basica de Salud, fomentar la participación activa en el proceso de nacimiento. La experiencia de enseñanza coopero en el proceso y en la satisfacción de las mujeres. El conocimiento producido puede apoyar los cambios en la atención cotidiana a las mujeres embarazadas en atención primaria.

Descriptores: La educación para la salud; Tecnologías; Atención prenatal; Atención de enfermería; Parto.

INTRODUÇÃO

O processo do nascimento até o final da Idade Média era vivenciado no domicílio, onde havia intenso envolvimento de familiares e as mulheres preparavam-se previamente para o parto. Os conhecimentos relacionados a ele permaneciam no domínio exclusivo das mulheres. Apesar dos avanços tecnológicos constituírem modificações significativas na redução da morbimortalidade materna e fetal, a mudança da vivência do trabalho de parto e parto do domicílio para o hospital contribuiu para que a mulher assumisse um papel passivo neste processo⁽¹⁾.

Da mesma forma, na atenção pré-natal ocorreu a expropriação da autonomia feminina e foram sedimentados os pilares do modelo tecnocrático e biomédico. A gravidez deixou de ser um assunto de mulheres. Embora não tenha sido descrita explicitamente como doença, a gravidez passou a ser tratada como um problema patológico, necessitando de intervenção médica⁽¹⁾.

Por outro lado, algumas consequências dessa tecnocracia são refletidas na persistência de altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, que permeiam as nossas maternidades. São mulheres jovens em plena fase reprodutiva e produtiva, que deixam seus filhos órfãos e desprotegidos⁽²⁾.

A gestação é um processo que envolve a mulher, os familiares e a sociedade. Implica transformações físicas, emocionais, sociais, culturais, existenciais, individuais e coletivas. É comum neste período surgirem dúvidas, ansiedades e medos que em giram em torno das múltiplas dimensões que caracterizam este momento. As vivências, experiências e o preparo da mulher ao longo da gestação são fatores determinantes na construção do papel da mulher durante o processo de nascimento contribuindo desta maneira em seu comportamento, podendo aumentar ou não o seu potencial para conduzir todo o processo de forma ativa⁽³⁾.

Em 2005, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal que reforça condutas acolhedoras e sem intervenções e opõem-se àquelas desnecessárias durante o processo de nascimento. Ademais, garante assistência pré-natal humanizada, de qualidade e precoce, promoção da saúde, continuidade da atenção, presença de acompanhante durante processo do nascimento e a adoção de valores, entre eles a autonomia e o protagonismo dos sujeitos como direitos da gestante⁽⁴⁾.

No entanto, muitas mulheres na atualidade continuam a transferir a responsabilidade do nascimento a um profissional de saúde por não se sentirem capazes e sofrerem influências culturais e sociais. Tal comportamento decorre do papel da mulher construído socialmente, das mudanças das práticas obstétricas, dos modelos e paradigmas de atenção à saúde, instituídos ao longo da história, que levaram a "coisificação" e mecanização do ser humano, desvalorização da mulher, cuidado centrado na doença, valorização extrema e emprego intensivo da tecnologia para a solução dos problemas de saúde⁽¹⁾.

A transformação desta realidade pode se dar por meio da socialização de conhecimentos, de um cuidado autêntico, sensível e atento ao fortalecimento das capacidades e potenciais da mulher e família, procurando empoderá-los e influenciá-los positivamente para vivenciar o processo de nascimento com menos trauma, maior tranquilidade e mais prazer. "A preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelos menos, minimizar a expectativa e ansiedade que acompanha a

mulher grávida. Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela aumentará seus potenciais e encontrar-se-á em situação de colaborar e decidir sobre a sua saúde com a equipe de saúde [...] reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso"⁽⁵⁾.

A Educação em Saúde faz parte do cuidado de enfermagem, pois na essência somos educadores, embora Educação em Saúde por muito tempo tenha sido associada somente a procedimentos didáticos de transmissão de conhecimento em saúde, visando principalmente medidas preventivas. "Ainda hoje, muitos profissionais de saúde se mantêm orientados por uma visão reducionista e positivista da Educação em Saúde, que visa principalmente medidas preventivas. Entretanto a mudança de paradigma possibilita a compreensão da ciência em um nível bem mais crítico e criativo, no qual Educação e Saúde passam a ser entendidas como áreas de conhecimento humano que, integradas, revigoram o exercício da cidadania"⁽⁶⁾.

Na gestação, o processo educativo tem a capacidade de ampliar as informações sobre o ciclo grávido-puerperal, sobre o corpo e mecanismos da dor pode contribuir para rever algumas posições e compreensões construídas culturalmente, bem como minimizar as sensações dolorosas e medos durante o trabalho de parto e parto, tornando o processo de nascimento um momento saudável, prazeroso e feliz.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que métodos não farmacológicos ou tecnologias de cuidado deveriam ser encorajadas para alívio da dor⁽⁷⁻⁸⁾. Além da troca de saberes sobre o processo de nascimento, destacam-se algumas tecnologias do cuidado, ações terapêuticas ou alternativas não farmacológicas, que podem ser utilizadas para facilitar este processo e minimizar o estresse advindo dos desconfortos e medos: técnicas de respiração e conscientização corporal, massagem relaxante, exercícios como os de alongamento, fortalecimento e relaxamento da musculatura do períneo, uso da bola suíça, deambulação, mudanças de posição e banhos de chuveiro, além da música.

Todas essas práticas são experienciadas por muitas mulheres. Elas são inofensivas e podem ser amplamente recomendadas. O pré-natal é o momento propício para praticar essas tecnologias do cuidado. Assim, o enfermeiro pode fortalecer as capacidades do casal, preparando-os para o parto. Para tanto, a enfermeira deve ter competência técnico-científica, mostrar-se disponível, estar presente e aberta à escuta e ao diálogo, estabelecer comunicação e interação efetiva⁽⁵⁾.

A certeza de que o enfermeiro pode desenvolver um importante papel durante a gestação na atenção básica e no domicílio, a constatação da falta de preparo e a passividade de algumas mulheres para vivenciar o processo do nascimento, aliadas às dúvidas e inseguranças destas mulheres durante todo o processo justificam a realização deste estudo. Outros fatores que o justificam são o desconhecimento sobre as alternativas não farmacológicas para minimizar as sensações dolorosas e também as inúmeras intervenções desnecessárias adotadas pelos profissionais da saúde além da existência de poucas publicações nacionais sobre esta temática.

O marco teórico escolhido foi a Teoria de Consecução de Metas de Imogene King, baseada em uma estrutura de sistemas abertos, pessoal, interpessoal e social, no qual o

enfermeiro e os clientes interagem, comunicam informações, estabelecem metas comuns e atuam para atingi-las⁽⁹⁾. Utilizou-se os conceitos de ser humano, enfermagem, *self*, interação, transação, comunicação, percepção, processo educativo e tecnologias do cuidado. A interrelação destes conceitos deu origem a pressupostos que guiaram o processo educativo e auxiliaram na compreensão do processo de ser e viver das gestantes.

O estudo foi desenvolvido com parturientes/puérperas, usuárias de uma unidade básica de saúde, participantes de um processo educativo sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado na gravidez. Teve como objetivo: conhecer a importância de se desenvolver um processo educativo na ótica das mulheres que viveram esta experiência na gestação e parto.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva na modalidade convergente assistencial e utilizada na área de saúde busca minimizar ou solucionar problemas no cotidiano do cuidado, realizar mudanças, introduzir inovações na prática, enfatizar o pensar e fazer em conjunto, sendo considerada apropriada para pesquisar a prática assistencial⁽¹⁰⁾.

O estudo foi desenvolvido com gestantes/parturientes/puérperas, usuárias da unidade básica de saúde (ULS) do bairro dos Ingleses, no município de Florianópolis, que participaram de um processo educativo durante o terceiro trimestre de gestação em seu domicílio. O grupo participante foi escolhido de forma aleatória, sendo considerado o interesse, desejo e disponibilidade em participar da proposta e também a saturação dos dados. Todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O processo educativo constou de quatro etapas que não se dissociaram e ocorreram de forma concomitante: a) convite para participar do processo nas consultas pré-natais; b) desenvolvimento do processo educativo nos domicílios das gestantes, no qual foram compartilhados conhecimentos e informações sobre o processo de nascimento e as tecnologias do cuidado, sendo estimuladas, orientadas, praticadas aquelas de interesse e da escolha da gestante; c) acompanhamento das gestantes no trabalho de parto e parto e na consulta pós-parto; d) identificação das contribuições do uso de tecnologias para a parturiente/puérpera.

Durante o processo educativo, utilizou-se como instrumento para a coleta de dados o método da observação participante e a entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas. As observações sobre as posturas, os sentimentos e as expressões das gestantes e dos acompanhantes assim como o desenvolvimento das tecnologias do cuidado foram registrados em diário de campo. Os dados coletados no período de agosto a outubro de 2007 foram classificados e organizados a partir de uma abordagem descritiva e reflexiva, sendo analisados de acordo com Bardin⁽¹¹⁾, seguindo três etapas: ordenação, classificação e análise dos dados. Para tanto, foi feita uma leitura transversal e cuidadosa do material, recortado em unidades de registro a serem referenciadas por temas, que agrupados por convergência deram origem às categorias.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da UFSC, parecer número 311/07 e seguiu os princípios da Resolução 196/96 e termo de consentimento que garantem uma assistência livre de riscos, o anonimato, a confidencialidade

e o direito de voluntariedade. Os nomes das gestantes foram substituídos por nome de plantas, garantindo o anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Participaram do estudo nove gestantes na faixa etária de 21 a 34 anos, sendo 45% eram jovens entre 21 e 25 anos, 22% tinham entre 26 e 29 anos e 33% estavam na faixa etária de 30 e 34 anos. Do total de gestantes 67% tinham o ensino médio completo ou incompleto, 22% haviam cursado o ensino fundamental completo e apenas uma estava cursando o ensino superior. A maioria tinha uma ocupação profissional.

Das gestantes participantes, 67% eram primigestas; 56% eram casadas e tinham apoio dos familiares. As solteiras, representando 33%, não haviam planejado a gravidez e não recebiam apoio do pai biológico. As nove gestantes referiram o desejo de ter um parto normal em função da recuperação fácil e rápida, diminuição do tempo de permanência no ambiente hospitalar e do estabelecimento do vínculo precoce com seus bebês. Analisados os dados qualitativos emergiram as categorias: Compreensão do significado da gravidez e do processo de nascimento; Incorporar as tecnologias do cuidado e viver o parto com tranquilidade; Sentir-se valorizada por profissional de ULS; Participação ativa no processo de nascimento.

Compreensão da gravidez e do processo de nascimento

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e maternidade. A mulher está direcionada e envolvida com a gravidez e com o bebê assim como sensível à escuta. É um momento que possibilita intenso aprendizado, sendo uma oportunidade para os profissionais de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar. Tal prática pode contribuir para que a mulher adquira autonomia, aumente a capacidade para enfrentar situações de estresse e crise e possa decidir sobre sua saúde⁽¹²⁾.

Para as gestantes, a gravidez significa realização, experiência única, amor, doação, aprendizado, preocupação, possibilidade de mudanças, renovação, responsabilidades, uma nova e maior motivação para viver, a expressão da beleza e, sobretudo, a oportunidade de assumir a maternidade.

Minha gravidez aconteceu em um momento muito importante da minha vida, por isso é pra mim uma motivação para viver. (Açucena)

A gravidez é um momento bom. É um estado em que a mulher fica diferente, mais calma e com mais responsabilidade. Quando começa a crescer a barriga é a melhor parte, porque a gente começa a sentir realmente o bebê. (Ipê roxo)

A deficiência de informações e orientações durante a atenção pré-natal foi considerada uma grande fragilidade para as gestantes, o acompanhamento pré-natal deveria oportunizar maior aprofundamento teórico sobre a gestação e o parto, e propiciar espaços para compartilhamento de conhecimentos e experiências.

Sim, mas é só no dia-a-dia que você aprende mesmo [...] No momento da consulta eu acho que minhas dúvidas acabaram, mas quando chego em casa, tenho mais dúvidas... Nunca tá bom, sempre queremos mais. (Cajueiro)

O contato com vocês teve esclarecimento maior do que nas consultas de pré-natal, a ansiedade diminuía. (Ipê roxo)

O processo educativo foi considerado um espaço para dialogar sobre a gestação e parto, expressar dúvidas e medos; um meio para aprender novas tecnologias e ações para facilitar o parto, apoiar e estimular a gestante, ou seja, algo diferente do que já havia sido oferecido pela unidade de saúde local. Serviu para compreender todo o processo de nascimento, ampliar e aprofundar conhecimentos em relação à gestação, à amamentação, ao parto e aos cuidados com o bebê. Os temas mais questionados referiram-se à fisiologia do parto, rotinas da maternidade, vantagens dos diferentes tipos de partos, dor e ações para minimizá-las. Os cuidados com recém-nascido relativos à higiene e conforto foram também abordados.

Como eu vou saber se o meu parto vai ser normal ou cesárea? (Alamanda)

Quantos banhos eu tenho que dar no bebê por dia? (...) Eu preciso dar água pra ele? E o chazinho? (Cajueiro)

Informações sobre as diferentes vivências do processo de nascimento deveriam ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. A inclusão do acompanhante neste processo precisaria ser estimulada. Durante o pré-natal, deveria ser oportunizado o compartilhamento de conhecimentos e experiências científicas e populares em relação ao processo gestacional, trabalho de parto, parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Seria importante incluir condutas que facilitassem a participação ativa no nascimento. Essa possibilidade de intercâmbio de saberes foi considerada a melhor forma de promover a saúde e compreender o processo de gestação^(8,13).

Incorporar as tecnologias do cuidado desde a gravidez e viver o parto com tranquilidade

Se as mulheres estão bem preparadas durante a gravidez, então elas terão expectativas realistas de níveis de dor, estarão mais seguras e menos propensas a sentirem-se fragilizadas, o que pode conduzir a uma experiência positiva. Para que seus ideais se realizem, elas precisam ser educadas ou informadas para conduzir a gravidez de acordo como desejam ao receber as ferramentas para lidar com os acontecimentos⁽¹⁴⁾.

A dor não é apenas uma manifestação universal de um processo orgânico, mas uma construção simbólica que varia conforme o contexto sociocultural, a subjetividade da mulher, as experiências positivas ou não em partos anteriores, preparação para o parto e rede de apoio. Aumentando o medo e a ansiedade eleva-se a tensão muscular, diminui a efetividade das contrações, aumenta a experiência do desconforto, iniciando um ciclo vicioso, medo, ansiedade, tensão e dor⁽¹⁵⁾. Por outro lado, o controle da dor ajuda a mulher a participar ativamente do parto, aumenta a auto-estima e favorece o vínculo pais e filho.

Uma importante incumbência de quem atende o parto é ajudar as mulheres a superar a dor do trabalho de parto. Isso pode ser atingido através de fármacos, porém o fundamental e mais importante é o uso de métodos não farmacológicos. Quando a mulher e família recebem informações durante o pré-natal tendem a estar mais tranquilos, prosseguindo assim no momento do parto⁽⁷⁾.

O desconhecimento sobre as ações não farmacológicas para alívio da dor e sobre as tecnologias de cuidado, o interesse e a curiosidade em conhecê-las e praticá-las em seu domicílio levou as gestantes a aderirem prontamente à

proposta. Duas delas que já tinham acesso à informação e já desenvolviam estas tecnologias/ações humanísticas deram continuidade as suas ações e as expandiram.

Sim, já conhecia (...). eu já realizava alongamentos, principalmente na praia, sou estudante de educação física. A respiração aprendi na ioga. Também fazia hidroginástica (Fruta-do-conde).

A massagem auxilia na indução do relaxamento e alívio da dor. Constitui-se uma forma de dar apoio físico e demonstração de companheirismo. É uma das tecnologias recomendadas pela OMS: "Com frequência, toques ou massagens por um acompanhante são técnicas que auxiliam as mulheres a suportar a dor"⁽⁷⁾.

Usei a bola bastante e pedia para fazer a massagem nas costas, fizeram até com óleo de semente de uva, bem bom. (Fruta-do-conde)

Durante a massagem são gerados impulsos nervosos em determinadas regiões do corpo que vão competir com as mensagens de dor enviadas ao cérebro, minimizando estas sensações. A massagem pode ser aplicada nos pés, nas mãos, costas, pernas, nos ombros, no pescoço, na barriga e nos braços⁽¹⁶⁾.

Evidências reforçam que a liberdade de posição durante o trabalho de parto e a deambulação da parturiente deve ser encorajada. Têm como benefícios a redução da dor durante as contrações e do tempo de duração do trabalho de parto, maior conforto à parturiente e redução do risco de sofrimento fetal. Várias posições podem ser incentivadas durante o processo de nascimento que podem ajudar a aliviar a dor lombar, diminuir a fadiga, melhorar o fluxo sanguíneo, aumentar o estreito pélvico, além de proporcionar conforto para a parturiente: posição sentada com as pernas cruzadas ou abertas, de cócoras, de joelhos, de quatro, genupeitoral, etc⁽¹⁷⁾.

Acho que fiz todas as posições, não fiquei parada nem um minuto. (Fruta-do-conde)

Fiz as posições na cama e a respiração. Andei um pouco também. (Bálsamo)

O banho de chuveiro com água quente promove o conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto. A flutuação da água aquecida libera a tensão dos músculos. A OMS recomenda banhos de chuveiro ou de imersão para diminuir a dor⁽⁷⁾. "O alívio do desconforto e o relaxamento geral do corpo que a dor produz reduzem a ansiedade da mulher que, por sua vez, diminui a produção de adrenalina. Isso desencadeia um aumento nos níveis de ocitocina (para estimular o parto) e de endorfina (para reduzir a percepção da dor). Não há limite para o tempo de permanência no banho [...] é incentivada a permanecer nele o quanto desejar"⁽⁸⁾. "A estratégia do banho de chuveiro é efetiva no alívio da intensidade da dor de parturientes na fase ativa de período de dilatação no trabalho de parto"⁽¹⁸⁾. *Fiquei no chuveiro mais de uma hora, era o lugar onde conseguia, de fato, relaxar.* (Fruta-do-conde)

As principais tecnologias selecionadas durante o processo educativo no domicílio pelas participantes foram: a respiração, o alongamento, as massagens, a bola suíça e os exercícios para fortalecimento da musculatura perineal. Ressaltados a importância do banho de chuveiro, a deambulação, mudanças de posição e participação da família, condutas que podem minimizar as sensações dolorosas e facilitar o trabalho de parto e parto. Percebeu-se que o conhecimento adquirido sobre as tecnologias na gestação facilitou a adesão destas ações não farmacológicas nas instituições hospitalares, o que foi constatado durante o acompanhamento das parturientes. Foi dada preferência aos

exercícios respiratórios, às alterações de posições, a deambulação, às massagens e uso da bola suíça e ao banho de chuveiro.

Usei bastante a respiração lá na hora. Meu marido fazia junto. (Cajueiro)

Tava mais preparada na maternidade. Eles mostravam os exercícios e eu já sabia fazer, eles ensinaram para meu marido a respiração e ele fazia comigo. (Cajueiro)

Os serviços oferecidos pelo sistema de saúde influenciam as preferências das mulheres sobre os aspectos do cuidado que estas adotarão no trabalho de parto e parto. O conhecimento antecipado pela usuária das diferentes alternativas disponibilizadas pelo hospital influencia sua preferência e tem implicações na decisão de adotar as tecnologias de cuidado com as quais está familiarizada, seguiu-as ou não. Se durante o pré-natal a gestante tiver a oportunidade de conhecer e discutir sobre as tecnologias que podem ser utilizadas no trabalho de parto e parto terá maior facilidade para fazer opções e adotar aquelas de sua escolha na ocasião mais propícia⁽¹⁹⁾.

A possibilidade de conhecer todo o processo do trabalho de parto e parto, a oportunidade de expressar medos, dúvidas e sentimentos, a realização de exercícios de conscientização corporal e respiratórios, a deambulação, as massagens, o uso da bola suíça contribuíram para aumentar os potenciais das gestantes e, por conseguinte, deram maior tranquilidade, segurança, minimizaram seus medos e permitiram rever suas posturas.

Ajudou a me incentivar a fazer os exercícios. Não ficava parada. Fazia todos os dias em casa, colocava uma música e fazia todos os exercícios, bem relaxante. (Fruta-do-conde)
Sim, tava mais preparada, fiquei mais tranqüila. (Bálsamo)

Durante o trabalho de parto, as gestantes utilizando-se deste conhecimento e aderindo as tecnologias do cuidado enfrentaram com maior facilidade o medo e as sensações dolorosas. Passaram a se sentir mais confiantes e relaxadas e, desta forma, puderam vivenciar o processo de nascimento de forma mais saudável, tranqüila e segura.

Apesar de não mensurado o nível de dor de cada parturiente, o sofrimento parece não ter sido para elas algo traumático, visto que todas se relacionaram com seus filhos de maneira carinhosa como se percebeu através dos encontros pós-parto. O vínculo criado com as enfermeiras e acadêmicas gerou uma atmosfera de confiança e respeito, certificando a importância do trabalho.

Sentir-se valorizada por profissional de ULS

Praticar estas tecnologias contribuía para a valorização das gestantes e familiares como indivíduos, uma vez que o cuidado proporcionado tratava-se de algo diferenciado e personalizado, em congruência com as expectativas e necessidades das gestantes.

As gestantes são singulares. Mesmo vivenciando situações similares em suas vidas, em função da gestação e das grandes transformações físicas, psicológicas, sociais, mudanças de papéis e estilos de vida, as gestantes têm suas peculiaridades, recursos, características e experiências que as diferenciam uma das outras. Elas têm suas próprias subjetividades que demandam necessidades e expectativas individuais, atribuem diferentes significados a gestação necessitando um atendimento diferenciado⁽¹⁾. Quando isto é reconhecido pelos profissionais no cotidiano do cuidado sentem-se mais valorizadas.

O desenvolvimento do processo educativo no domicílio permitiu as gestantes terem um controle da situação e do

ambiente. Sentiam-se mais a vontade para expressar suas dúvidas, questionamentos e curiosidades, contribuindo para minimizar seus medos e ansiedades. Favoreceu o estabelecimento de uma relação mais horizontal entre o profissional e as gestantes. Oportunizou a participação das gestantes que trabalhavam fora do âmbito domiciliar e favoreceu o aproveitamento de seu tempo, uma vez que não precisavam se deslocar à unidade de saúde para realizar esta atividade.

A educação em saúde também incluiu e valorizou a participação dos familiares e amigos do processo de nascimento. Estes tinham a oportunidade de compartilhar seus conhecimentos e experiências, rever suas condutas, fortalecer suas capacidades e, assim, tornarem-se aliados da gestante, dando suporte, informando e motivando. Tendo conhecimento sobre os benefícios provenientes das tecnologias do cuidado podiam reforçar a necessidade das gestantes praticá-las e estimular a realização destas.

Pra mim, que trabalhava o dia inteiro, ficava muito difícil para participar de alguma atividade... agora vocês vindo aqui em casa fica ótimo. (Bálsamo)

Em casa fica um clima mais aconchegante, fica mais informal. Fiquei mais à vontade para falar dos problemas. Quando vou no médico, sinto vergonha de falar as coisas íntimas e com vocês não. (Fruto-de-sabiá)

As vizinhas ficam falando que no tempo delas não tinha esta mordomia de ficar vindo em casa com bola e tudo. (Camomila)

O fato de serem convidadas a participar da proposta, terem de assinar o termo de consentimento, disponibilizarem seu tempo e abrirem seu ambiente para realização do estudo levaram as gestantes se sentirem valorizadas, co-participantes e co-responsáveis pela construção do estudo e produção de novos conhecimentos sobre a temática em questão.

A presença da acadêmica durante o trabalho de parto e parto deu maior segurança e tranquilidade a gestante e aos familiares, aumentou o vínculo com a unidade de saúde, permitiu a continuidade da atenção e favoreceu a referência e contra-referência entre a atenção básica e hospitalar.

Que bom ter vocês por aqui, eu fico mais tranqüila (...)
Porque às vezes tenho pena de ver minha filha sentir dor, e vocês me ajudaram. (Mãe de urucum)

Muito bom. Outros grupos deveriam continuar. Incentivo, força, muito importante, porque é um momento muito difícil. (Fruta-do-conde)

Quando um membro da equipe faz vínculo com a paciente esta se sente apoiada e cuidada. A presença de um profissional que disponibiliza algum tempo para dar atenção durante qualquer fase do processo de nascimento, gestação, parto ou pós-parto influencia na redução de complicações e aumenta a satisfação da clientela.

A continuidade da atenção e suporte emocional e físico pelo acompanhante ou por um profissional de referência durante a gestação e trabalho de parto aumentam a satisfação da clientela, minoram o medo, ansiedade e a dor, dão maior tranquilidade e reduzem o tempo do trabalho de parto⁽¹³⁾.

Favorecer a participação ativa no processo de nascimento

O desenvolvimento do processo educativo propiciou que as mulheres ampliassem seus conhecimentos, aumentassem a confiança em si e compreendessem melhor o processo de nascimento vivido. Facilitou a escolha de

determinado tipo de parto, quando foi lhe dado esta opção, e a decisão sobre o uso das tecnologias que julgasse mais confortáveis e que pudessem lhes auxiliar a minimizar as sensações dolorosas. Enfim, deu mais segurança e tranquilidade para a mulher conduzir o processo, estimulando a participar mais ativamente.

Me senti bem, foi muito rápido. Eu tinha que ajudar meu filho. Me senti a atriz principal (Fruto-de-sabiá)

Dependia muito de mim, me senti capaz de conduzir. Elas orientavam, mas eu que tinha que fazer. Contribuí muito (Cajueiro)

Me senti bem, me senti ativa, decidia as posições na cama e o que fazer (Bálsamo).

Sim, eu fiquei bem mais confiante (Alamanda).

A compreensão de que o parto continua sendo visto como experiência cercada de inquietação pela noção de risco e ameaça à vida reafirma a necessidade da busca por estratégias de aproximação e atuação junto às mulheres para oferecer informações e orientações acerca de todo processo propiciando a elas a maior liberdade de agir fisicamente e se expressar emocionalmente⁽²⁰⁾.

Ampliar o poder de escolha das usuárias não é característico do modelo vigente de atenção medicalizado das maternidades ou dos serviços de pré-natal. Ações como o grupo de gestantes ou curso de preparação de casais pode ser um caminho para modificar a visão do que é aceito e relevante no cuidado oferecido pelos serviços de saúde, facilitando a adoção das mudanças⁽¹⁸⁾.

O fortalecimento dos potenciais da gestante e dos familiares para decidirem e agirem no cotidiano do cuidado, exerce autonomia ao assumirem o protagonismo na condução do processo de nascimento pode se dar por meio: do compartilhamento de saberes e experiências; da inclusão e participação dos familiares, especialmente do companheiro; do conhecimento e reconhecimento dos direitos políticos, sociais, de saúde, sexuais e reprodutivos das mulheres; da participação ativa nas questões relativas à sua saúde e da população e na humanização do cuidado⁽¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, o referencial teórico guiou efetivamente o processo educativo, favoreceu a coleta e a análise dos dados, propiciando a ampliação de conhecimentos sobre o processo de ser e viver da gestante. A pesquisa ratificou que a atenção pré-natal deve incluir além da consulta, oportunidades para a troca de conhecimentos e desenvolvimento de práticas, tais como as tecnologias de cuidado.

Com base na Teoria de Consecução de Metas de Imogene King a interação enfermeira/mulher-família foi fundamental para estabelecer objetivos comuns de cuidado à saúde. Assim, foram alcançados quando se percebeu através de encontros após o parto a satisfação da mulher e família relacionada ao processo de nascimento.

O processo educativo ao propiciar e oportunizar às gestantes e familiares a aquisição, ampliação e aprofundamento de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias de cuidado favoreceu o desenvolvimento de suas potencialidades, a identificação de dificuldades e problemas, levando-os a buscarem meios para superá-los. Isto facilitou a tomada de decisão, permitindo a eles assumirem o seu real papel no trabalho de parto e parto e responsabilidade por suas vidas e saúde. Propiciou às gestantes e aos acompanhantes maior

liberdade de ação, possibilitando a eles assumirem o seu real papel de protagonistas do processo do nascimento.

A apresentação e a realização das tecnologias de cuidado durante a gestação permitiram que as gestantes se familiarizassem com estas ações, facilitaram a escolha e estimularam a incorporação destas práticas no parto. Estas aliadas ao compartilhamento de saberes sobre o processo de nascimento auxiliaram a minimizar as sensações dolorosas, favoreceram o controle do trabalho de parto, a reflexão sobre o processo vivido, a transição entre o pré-natal e o parto e contribuíram para a vivência saudável e tranquila do processo.

O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da saúde da mulher desde o início da gravidez, compondo a rede de apoio junto com os familiares, e no fortalecimento de suas capacidades para que resgate o seu papel na condução da gravidez e parto e assuma o protagonismo do processo de nascimento.

Recomenda-se que este estudo seja replicado em outros cenários, utilizando-se um número maior de usuárias e novas tecnologias do cuidado, dando a mulher maior possibilidade de escolha.

Finalmente, esta produção de conhecimento além de trazer contribuições para as gestantes e familiares envolvidos, pode subsidiar mudanças nas práticas de saúde do enfermeiro, abrir novos campos para sua atuação, podendo tornar ainda mais visível o papel deste profissional no preparo das gestantes e familiares em nível de atenção básica.

REFERÊNCIAS

- Zampieri MFM. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências [thesis]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC; 2006. 437 p.
- Moura FMJ, Crizostomo CD, Nery, IS, Mendonza, RCM, Araújo, OD, Rocha, SS. A humanização e a assistência ao parto Normal. Rev Bras Enferm. 2007;60(4):452-5.
- Oliveira ME, Zampieri MFM, Santos OMB. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. 1st ed. Florianópolis: Cidade Futura; 2001.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067/GM de quatro de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Couto, GR. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(2):190-98.
- Rocha CN, Costa RI, Silva LF, Macedo ARM, Melo AVF. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. Cienc. enferm. 2009;15(2):35-40.
- Organização Mundial de Saúde-OMS, Ministério da Saúde. Maternidade segura assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra:OMS; 1996.
- Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- King MI. A theory for nursing: systems, concepts e process. 1st ed. United States of America: Wiley Medical Publication; 1981.
- Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente assistencial. 2nd ed. Florianópolis: Insular; 2004.

11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1994.
12. Rios CTF, Vieira NFC. Educational action in prenatal care: a reflection on nursing consultation as an opportunity for health education. *Cien Saude Colet*. 2007;12(2):477-86.
13. Dias MAB. *Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública [thesis]*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ; 2006. 283 p.
14. Lally EJ, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*. 2008;6(7):1-10.
15. Bachman JA. O manejo do desconforto. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.314-30.
16. Artal R, Wiswell RA, Drinkwater BL. *O exercício na gravidez*. 2nd ed. São Paulo: Manole; 1999.
17. Mamede FV. *O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto [thesis]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005. 100p.
18. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2008 [cited 2010 jun 30];10(3):600-9. Available from: <http://www.fen.ufq.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>
19. Hundley V, Ryan M. Are women's expectations and preferences for intrapartum care affected by model of care on offer? *BJOG*. 2004;111(6):550-60.
20. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Parto normal e cesárea: representações das mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2008 [cited 2010 jun 30];10(2):337-46. Available from: <http://www.fen.ufq.br/revista/v10/n2/v10n2a05.htm>

Artigo recebido em 25.04.2009.

Aprovado para publicação em 25.02.2010.

Artigo publicado em 30.06.2010.